

Atendimento: 1368689 - ANA JULIA DE SOUZA MAGALHAES Lote: 1680271 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Paciente.: ANA JULIA DE SOUZA MAGALHAES
Convenio.: 136 - CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
Sub Plano.:
Medico/CRM: HALAN GIRARDI PRESA / 19208
Guia.....: 14263 Validade.:30/10/2023
Senha.....: 14263 Autoriz.:30/10/2023
Carteira.: 2115909 Validade.: 31/12/2023 Titular.: ANA JULIA DE SOUZA MAGALHAES
 : - DE 1416/1417 AO FIM ADILIO RAMOS

Plano.....: UNICO

Procedimento: 10101039 EM PRONTO SOCORRO

Resumo da Conta						
Grupo de Faturamento	Sub-Total	Taxas	Desconto	Desconto Faixa	Filme	Total
MATERIAIS	5,12	0,00	0,00	0,00	0,00	5,12
EXAMES E DIAGNOSTICOS	30,64	0,00	0,00	0,00	0,00	30,64
HONORARIOS MEDICOS	73,00	0,00	0,00	0,00	0,00	73,00
Total da Conta:						108,76

MATERIAIS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO					
Data	Procedimento	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
30/10/2023	08006177 TALA METALICA C/ ESPUMA 19X25 GRD POLAR FIX	UND	1	5,1210	5,12
			Total :		5,12

EXAMES E DIAGNOSTICOS

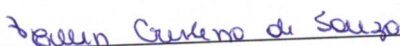
278 RAIOS X					
Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	Qtde	VI Unitario	VI Total
30/10/2023	40803120 MÃO OU QUIRODÁCTILO 2 INC PAULO ROBERTO MACIEL - 25329 04404948930	EXAME	1	30,6400	30,64
			Total :		30,64

HONORARIOS MEDICOS

270 PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO						
Data	Procedimento / Prestador - CRM - CPF	Unid./Ativ.	%Proc.	Qtde	VI Unitario	VI Total
30/10/2023	10101039 EM PRONTO SOCORRO	UND	100,00%	1	65,0000	65,00
30/10/2023	HALAN GIRARDI PRESA - 19208 02593582901 30711010 IMOBILIZAÇÕES NÃO-GESSADAS (QUALQUER SEGMENT ATO	CLINICO	100,00%	1	8,0000	8,00
	HALAN GIRARDI PRESA - 19208 02593582901	CLINICO		Total :		73,00
Total Geral:						108,76

Atendimento: 1368689 Data do Atendimento: 30/10/2023
Prontuário: 1005961 Nome: ANA JULIA DE SOUZA MAGALHAES
Sexo: FEMININO Idade: 15 Data de Nascimento: 03/04/2008
RG: 136786997 CPF: Estado Civil: SOLTEIRO
Telefone: Numero 2672 CEP: 82820100
Rua: - DE 1416/1417 AO FIM ADILIO RAMOS UF: PR
Bairro: BAIRRO ALTO Cidade: CURITIBA
Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURI Matricula: 2115909
Médico: PLANTONISTA CRM: 0000
Responsável: ELLEN CRISTINA DE SOUZA Parentesco: MAE

- 1 - O paciente ou responsável reconhece que, havendo recusa do seu convênio para pagamento dos serviços, materiais e/ou medicamentos, ficará responsável pelo seu pagamento, a título de atendimento enquadrado na categoria particular.
- 2 - Declaro ainda, que assumo, mesmo após a alta ou transferência do(a) paciente, plena e total responsabilidade, na condição de devedor solidário e principal pagador dos depósitos e despesas gerais do atendimento, inclusive serviços e medicamentos fornecidos por terceiros, necessários ao referido tratamento, desde que NÃO cobertos pelo convênio, independente do motivo.
- 3 - Autorizo(a) a prestação de serviços hospitalares pelo **HXV**, bem como de serviços correlatos de apoio e diagnóstico terapêutico, a serem respectivamente prestados por outras referenciadas (corpo clínico, laboratório, fisioterapia, anestesia, banco de sangue, exames de imagens, nutrição, OPME etc.), ao(a) paciente supra-qualificado(a), fica, portanto, o **HXV**, expressamente autorizado a executar por si, ou por terceiros especializados, todos os procedimentos, diagnósticos e/ou terapêuticos, clínicos ou laboratoriais, que sejam indicados pelo médico responsável, ou por outro(s) profissional(s) da equipe médica referenciada, que venha(m) a participar do atendimento, e que se façam necessários e indispensáveis ao tratamento do(a) paciente, até sua saída do hospital.
- 4 - Declaro estar ciente e concordar que o **HXV** não se responsabilizará por quaisquer valores e/ou pertences, porventura, deixados em seus aposentos.
- 5 - O pagamento da(s) despesa(s) hospitalar(es) poderá(ão) ser feito à vista, ou mediante emissão de boleto bancário, ou cheque, ou cartão de débito/crédito.
- 5.1 - Pagamentos de honorários médicos poderão ser feitos à vista, ou cheque.
- 6 - Se o (a) paciente optar pela emissão do boleto bancário, desde já autoriza a emissão do respectivo para pagamento.
- 7 - O não pagamento das despesas hospitalares à vista, ou através do boleto bancário emitido (conforme o seu vencimento), ou cheque, ou cartão de débito/crédito, acarretará não só no registro/inclusão do(a) paciente e/ou Responsável Legal no Serviço Central de Proteção ao Crédito (**SCPC**), **SERASA**, ou qualquer outro serviço de proteção ao crédito, como também na **cobrança judicial** acrescida de multa moratória prevista em Lei, além de juros legais e correção monetária, de acordo com o **IGP-M/FGV**.
- 8 - Declaro ter pleno conhecimento de que o **HXV**, não é conveniado ao **Sistema Único de Saúde (SUS)**, nem ao **Instituto Nacional do Seguro Social (INSS)**.
- 9 - Declaro que o atendimento no **HXV** é feito por minha livre e espontânea vontade.
- 10 - Este instrumento é realizado livre de qualquer coação, simulação e/ou dolo.



Paciente e/ou Responsável

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Ana Julia de Souza Magalhães
Nº da Carteirinha: 2.11.5909
Instituição: Colégio Curitiba Adventista Bom Retiro - EIEFM



Data de Nascimento: 03/04/2008

Nº da Guia: 14263

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
30/10/2023	13:37:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)	Mão Esquerda, 2º Dedo Mão Esquerda

Descrição

Aluna estava em Educação Física e ao jogar vôlei, a bola bateu na mão esquerda, empurrando o dedo para trás.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Prof. Regiane	(41) 3225-1920

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
Hospital XV (NÃO ATENDE TRAUMA DE CABEÇA)	Rua XV de Novembro	222 3	Alto da Xv	(41) 3218-2000 (41) 3218-2181

Observações

Aluna relata dor no local, dedo inchado. Aplicado gelo e orientado atendimento hospitalar

CNPJ: 76.726.884/0053-59
COLÉGIO CURITIBANO ADVENTISTA BOM RETIRO
Educação Infantil, Ensino Fundamental e Ensino Médio
Rua Nilo Peçanha, 501 - Bom Retiro
CEP: 80520-000 - Curitiba - PR
Fone: 3225-1920 / 3051-8640
E-mail: ccabr.asp@educadventista.org.br

Ass.:

Rosemeri Alves da Paixão

Dr. Hailan Girardi Presa
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 19208

Para faturamento favor encaminhar esta guia de autorização, juntamente com a fatura dos atendimentos com códigos e valores discriminados, relatório detalhado do atendimento e Nota Fiscal para o link: <https://sistemas.usb.org.br/ama> (para prestadores) ou E-mail: assistenciamedica@clinicaadventista.org.br (não credenciados) com os seguintes dados:

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12
Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br



GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE
DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT

2 - Nº Guia no Prestador 14263

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

6 - Data de Validade da Senha

4 - Data de Autorização

14263

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

5 - Senha

30/10/2023

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

8 - Número da Carteira

31/12/2023

10 - Nome
ANA JULIA DE SOUZA MAGALHAES

12 - Atendimento a RN
N

Dados do Beneficiário

13 - Código da Operadora
76530518000107

14 - Nome do Contratado
HOSPITAL XV LTDA

16 - Conselho Profissional

15 - Nome do Profissional Solicitante
PLANTONISTA

06

17 - Número no Conselho
0000

18 - UF
41

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caráter do Atendimento

22 - Data da Solicitação
30/10/2023

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
25 - Código do Procedimento
ou Item Assistencial

26 - Descrição

27 - Qt. Solic.
28 - Qt. Autoriz.

Dados do Contrato Executante

29 - Código na Operadora
76530518000107

30 - Nome do Contratado
HOSPITAL XV LTDA

31 - Código CNES
3005585

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento
04

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta
1

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados de Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição
1 30/10/2023 16:04 16:04 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

42 - Qtd. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total
001 1.0 65.00 65.00

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)

48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Prof 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 -

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)
65.00

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)
0.00

61 - Total de Materiais (R\$)

0.00

62 - Total de OPME (R\$)

0.00

63 - Total de Medicamentos (R\$)

0.00

64 - Total de Gases Medicinais (R\$)

0.00

65 - Total Geral (R\$)

65.00

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Dr. Halim Girardi Presa
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 19208

1680771



GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE
DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT

2 - Nº Guia no Prestador 14263

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Número da Guia Principal

4 - Data de Autorização
30/10/2023

5 - Senha

14263

6 - Data de Validade da Senha

14263

7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

8 - Número da Carteira
2115909

9 - Validade da Carteira

31/12/2023

10 - Nome

ANA JULIA DE SOUZA MAGALHAES

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN

N

Dados do Solicitante

13 - Código da Operadora
76530518000107

14 - Nome do Contratado

HOSPITAL XV LTDA

15 - Nome do Profissional Solicitante

PLANTONISTA

16 - Conselho Profissional

06

17 - Número no Conselho

0000

18 - UF

41

19 - Código CBO

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Carteira de Atendimento

22 - Data da Solicitação

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela

25 - Código do Procedimento

26 - Descrição

27 - Ql.Solic.

28 - Ql.Autoriz.

Dados do Contratado Específico

29 - Código na Operadora
76530518000107

30 - Nome do Contratado

HOSPITAL XV LTDA

31 - Código CNES

3005585

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento

04

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

9

34 - Tipo de Consulta

1

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data 37 - Hr. Inicial 38 - Hr. Final 39 - Tabela 40 - Procedimento 41 - Descrição
1 30/10/2023 16:04 16:04 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

42 - Qlde. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator R/Acr 46 - Valor Unitário 47 - Valor Total
001 1.0 65.00 65.00

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)

48 - Sq. Ref. 49 - Gr. Part 50 - Cód na operadora/CPF 51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Prof

53 - Número no Conselho

54 - UF 55 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimentos em Saúde 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 -

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total de Materiais (R\$)

62 - Total de OPME (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total de Gases Medicinais (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Assinatura do Responsável

PRESCRIÇÃO.: 1552511 DATA: 30/10/2023 16:56
USUÁRIO.....: ALEX.ROCHA
ATENDIMENTO: 1368689 DT NASC: 03/04/2008 (15A 6M 28D)
CONVÊNIO....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE....: 1005961 - ANA JULIA DE SOUZA MAGALHAES
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 30/10/2023 16:04 0 DIAS(S) INT

2ª VIA

Rubrica do Médico

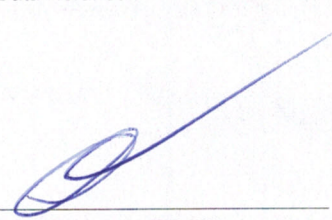
MÉDICO.....: HALAN GIRARDI PRESA SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S600 CONTUSAO DE DEDO(S) SEM LESAO DA UNHA CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1368689

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 MAO OU QUIRODACTILOS (ESQUERDA)	1					
Obs.: AP + P 2º QDE						



ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA
CRM: 45739

PREScrição.: 1552532 DATA: 30/10/2023 17:48
USUÁRIO....: ALEX.ROCHA
ATENDIMENTO: 1368689 DT NASC: 03/04/2008 (15A 6M 28D)
CONVÊNIO...: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
PACIENTE...: 1005961 - ANA JULIA DE SOUZA MAGALHAES
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 30/10/2023 16:04 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do Médico

MÉDICO.....: ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: PRONTO SOCORRO ORTOPEDICO LEITO...: COBERTURA:
CID.....: S600 CONTUSAO DE DEDO(S) SEM LESAO DA UNHA CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1368689

PREScrição MÉDICA

PROCEDIMENTOS MEDICOS		Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
2	C.C. TALA DE ALUMINIO 16 X 250MM	1					[30/10] . 17:48
	-> MICROPORE 25MM X 10M CM	1	ROLO				
	-> ESPARADRAPO 10CM X 4,5M RL	1	ROLO				
	-> TALA DE ALUMINIO ESTREITA 16 X 250 MM COM ESPUMA UND	1	UNIDADE				

Dr. Alex W. Chociai da Rocha
MÉDICO
CRM 45.739

ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA
CRM: 45739

Período de 30/10/2023 a 30/10/2023

Atendimento: **1368689 ANA JULIA DE SOUZA MAGALHAES**

Nascimento: 03/04/2008

Mãe: ELLEN CRISITNA DE SOUZA

Internação: 30/10/2023 CID: S600 CONTUSAO DE DEDO(S) SEM LESAO DA UNHA

Convênio: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Leito:

Unidade:

Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Médico: ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA

Evolução/Anotação: 00652798

Data: 30/10/2023

Hora: 18:10

PACIENTE ADMITIDA NO P.A LÚCIDA, ORIENTADA, VERBALIZANDO, SOLICITA CONSULTA COM MÉDICO DE PLANTÃO. APÓS AVALIAÇÃO MÉDICA, SOLICITADO TALA DE ALUMÍNIO. PROCEDIMENTO REALIZADO PELO ORTOPEDISTA. LIBERADO APÓS COM ORIENTAÇÕES E RECEITA MÉDICA.

MATERIAIS UTILIZADOS:

TALA DE ALUMINIO 16/250MM COM ESPUMA

MICROPORE 25MM - 10CM

ESPARADRAPO 10CM & 10CM

Cristiane Mendes
Téc. Enfermagem
COREN/PR 001.738.408

1903 CRISTIANE MENDES
TECNICO(A) EM ENFERMAGEM
COREN: 1738408

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1368689 **Prontuário:** 1005961 **SAME:** 1005961 **Hora Atend:** 16:04 **Data Atend:** 30/10/2023
Paciente..... : ANA JULIA DE SOUZA MAGALHAES **Idade:** 15 a
Endereço..... : - DE 1416/1417 AO FIM ADILIO RAMOS
Bairro..... : BAIRRO ALTO
Cidade..... : CURITIBA **UF...:** PR **CEP:** 82820100
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA **Plano...:** UNICO
CID Principal..... : S600 - CONTUSAO DE DEDO(S) SEM LESAO DA UNHA
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 30/10/2023 **Hora Saída :** 19:28
Prestador da Evolução Médica: **34** **HALAN GIRARDI PRESA**

HDA

REFERE TRAUM CONTUSO AO LEVAR BOLADA NO 2 QDE
REFERE DOR LOCAL, AUMENTO DE VOLUME

EXAME FISICO

2 ° QDE
SEM DEFORMIDADES, SEM AUMENTO DE VOLUME, PELE INTACTA
DOR À PALPAÇÃO EM FALANGE PROXIMAL
TENDÕES ÍNTEGROS
NV PRESERVADO

DIAGNOSTICO

CONTUSAO DEDO

DIAGNOSTICO - HISTORICO

CONTUSAO DEDO

TRATAMENTO

SOL RADIOGRAFIAS
TALA METALICA
ANALGESIA PARA CASA
ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL
RETORNO AO PA SE QUAISQUER INTERCORRENCIAS

Dr. Halan Girardi Presa
CRM 19.208
CPF 025.935.829-01

HALAN GIRARDI PRESA / 19208
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 1368689 Prontuário: 1005961 SAME: 1005961 Hora Atend: 16:04 Data Atend:30/10/2023
Paciente..... : ANA JULIA DE SOUZA MAGALHAES Idade: 15 a
Endereço..... : - DE 1416/1417 AO FIM ADILIO RAMOS
Bairro..... : BAIRRO ALTO UF.: PR CEP: 82820100
Cidade..... : CURITIBA Plano...: UNICO
Convênio..... : CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA
CID Principal..... : S600 - CONTUSAO DE DEDO(S) SEM LESAO DA UNHA
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA Hora Saída : 19:28
Data Saída..... : 30/10/2023
Prestador da Evolução Médica: 1918 ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA

HDA

REFERE TRAUM CONTUSO AO LEVAR BOLADA NO 2 QDE
REFERE DOR LOCAL, AUMENTO DE VOLUME

EXAME FISICO

2 ° QDE
SEM DEFORMIDADES, SEM AUMENTO DE VOLUME, PELE INTACTA
DOR À PALPAÇÃO EM FALANGE PROXIMAL
TENDÕES ÍNTEGROS
NV PRESERVADO

DIAGNOSTICO

CONTUSAO DEDO

DIAGNOSTICO - HISTORICO

CONTUSAO DEDO

TRATAMENTO

SOL RADIOGRAFIAS
TALA METALICA
ANALGESIA PARA CASA
ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL
RETORNO AO PA SE QUAISQUER INTERCORRENCIAS



ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA / 45739
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Atendimento.....: 1368689
769210

Paciente.....: ANA JULIA DE SOUZA MAGALHAES

Convênio.....: CLINICA ADVENTISTA DE CURITIBA

Médico Sol.....: ALEX WILLIAM CHOCIAI DA ROCHA

Data do Exame.: 30/10/2023

RADIOGRAFIA DA MÃO ESQUERDA

Exame realizado nas incidências AP e oblíqua.

Os seguintes aspectos foram observados:

Estrutura e densidade normais dos elementos ósseos visualizados.

Não se observam alterações ao nível dos espaços articulares.

06 de Novembro de 2023



Dr(a). MAURIZIO PEDRAZZANI
CRM 2779 RQE 1149